

Minder druk op de huisartsenpost

Hoe kan de werkdruk op de huisartsenpost worden verminderd? InEen, de LHV en VPhuisartsen zetten veelbelovende pilots op. Voorbeelden zijn strengere triage op de post, digitale zelftriage door patiënten en één loket voor basis-spoedeisende zorg.

Een toename, ook van patiënten met een complexe zorgvraag. Huisartsen zijn er in de afgelopen jaren mee geconfronteerd, zowel in hun eigen praktijk overdag als op de huisartsenpost (HAP) in de avond, nacht en weekenden (ANW). Zózeer zelfs, dat menigeneen zegt dat het water hem aan de lippen staat. Leden van InEen, de LHV en VPhuisartsen hebben hun organisaties daarom vorig jaar verzocht de handschoen op te pakken en – óók belangrijk – gezamenlijk op te trekken bij vermindering en ombuiging van de patiëntenstroom.

Erkenning problematiek

De daaruit voortgekomen gezamenlijke projectgroep ‘Werkdruk in de ANW’ volgt drie sporen. Het derde daarvan wordt bepaald door een wezenlijke vraag: is het klassieke model van de HAP in bestaande ANW-zorg eigenlijk nog wel toekomstbestendig? Jeroen van

Nederland en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). We zijn blij dat de toenadering heeft geleid tot de erkenning dat niet alleen de SEH overloopt, maar ook de HAP. Iedereen realiseert zich dat het een gedeeld probleem is binnen de keten van de acute zorg, we moeten er sámen iets tegen doen. De volgende stap is dat we hierover concrete afspraken maken.”

Inspirerende maatregelen

Verder vroegen de brancheverenigingen aan huisartsen in praktijken en op HAP’s naar maatregelen die zij hebben getroffen om een daling van de werkdruk te realiseren. De vele nuttige en inspirerende reacties zijn gebundeld in een online ‘gereedschapskist’ met praktijkvoorbeelden uit de ANW, die via de LHV-website te vinden is. Van der Noordaa: “We hebben in de kist dezelfde onderverdeling aangehouden

Is het klassieke model van eerstelijnszorg in avond, nacht en weekend toekomstbestendig?

der Noordaa is sinds een half jaar de coördinator van de projectgroep. Hij vertelt over de drie sporen.

“Op bestuurlijk niveau hebben we contact gezocht met ketenpartners in de acute zorg, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), GGZ

als bij ketenpartners in de acute zorg: instroom, doorstroom en uitstroom van de patiënt en capaciteit.”

Systeemveranderingen

Ondertussen willen de drie brancheverenigingen ook verder en breder kijken. De maatregelen uit de gereedschapskist gaan uit van het klassieke



model van de HAP in bestaande ANW-zorg. Maar is dit model eigenlijk nog wel toekomstbestendig? Zijn er wellicht interventies en grote of kleinere systeemveranderingen in de keten denkbaar die de huisartsenzorg toekomstbestendiger maken?

Tijdens een gezamenlijke ledenvergadering hebben de brancheverenigingen eind vorig jaar de notitie ‘Naar een toekomstbestendige ANW-zorg’ vastgesteld. Er zijn mogelijke toekomstscenario's opgesteld. In de vorm van pilots wordt binnenkort een aantal scenario's getoetst in de praktijk. Wat zijn de effec-



ten? Dit is het derde spoor dat de brancheverenigingen volgen. Het ministerie van VWS, de NZa en zorgverzekeraars hebben toegezegd hiervoor de benodigde ruimte te scheppen.

Kennis delen

Van der Noordaa: “Wij proberen pilots te identificeren en een plek te vinden waar ze kunnen worden geïmplementeerd. Daarna gaan we de resultaten monitoren: leiden de pilots daadwerkelijk tot een ombuiging van de patiëntenstroom en dus een vermindering van de werkdruk? Wij streven ernaar initia-

tieven bij elkaar te brengen. Zo kunnen bijvoorbeeld lokale of regionale kennis en ervaringen worden gedeeld met andere delen van het land en voorkomen we dat de ene partij het wiel moet uitvinden, terwijl de andere dat al heeft gedaan.”

Inmiddels is de aanzet gegeven tot ongeveer zeven pilots, waarvan de ene verder in ontwikkeling is dan de andere. Van der Noordaa licht er drie uit die vóór de zomer van start moeten gaan. De eerste: één loket voor basis-spoedeisende zorg. Hiervoor wordt gezocht naar een HAP die wil experimenteren.

InEen, LHV en VPhuisartsen trekken samen op om de patiëntenstroom in ANW-uren te verminderen en om te buigen.

Spoedeisende medische dienst

Van der Noordaa: “Ons land kent een dubbele infrastructuur voor basis-spoedeisende zorg: de HAP en de SEH. Het is voor patiënten niet altijd duidelijk waar zij in welke situatie heen moeten gaan. Bovendien is er geen strikte poortwachter voor patiënten die zich melden op de SEH. De gevolgen: toenemende kosten, ondoelmatigheid, verplaatste dagzorg en groeiende werkdruk in de ANW-uren. In de pilot gaan verschillende ketenpartners één organisatie vormen voor triage en behandeling binnen de regio tijdens de ANW-uren. We noemen het de spoedeisende medische dienst (SEMD). Deze vervangt zowel de HAP, de basisspoedzorg op de SEH, de crisis-GGZ als de acute thuiszorg.”

Van der Noordaa vervolgt: “De SEMD is niet alleen één loket, maar juist één organisatorische eenheid. Huisartsen en SEH-artsen werken dus in dezelfde organisatie. Wij denken dat de capaciteit van zorgverleners optimaal wordt benut op de SEMD. Je weet bijvoorbeeld op welke momenten een piek kan worden verwacht van complexe en zeer urgente zorg waarvoor SEH-artsen nodig zijn. En je kent ook de momenten waarop veel behoefte is aan huisartsen. Hierop pas je de werkroosters aan, zodat iedereen optimaal wordt ingezet. In opdracht van VPhuisartsen heeft KPMG een paar jaar geleden de mogelijkheden van een SEMD al eens onderzocht. De uitkomsten waren veelbelovend.”

Van der Noordaa noemt het een ‘ontschottings-pilot’. “Het is een grote uitdaging. In een organisatorische eenheid verdwijnen niet alleen schotten tussen

zorgverleners, maar ook de financiële schotten. Hoe wordt de zorg van de eenheid bekostigd? We gaan hierover in gesprek met onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en met zorgverzekeraars.”

Digitale zelftriage

De tweede pilot draait om triage door de patiënt: digitale zelftriage. Van der Noordaa: “MINDD, de ontwikkelaar van de app ‘Moet ik naar de dokter?’, gaat de app uitbreiden door een chatbot te maken; een geautomatiseerde gesprekspartner. Iemand die twijfelt of hij naar de HAP moet, beantwoordt via computer, iPad of smartphone een aantal triagevragen. Daarna verneemt hij of een bezoek aan de HAP nodig is of dat hij beter de volgende dag naar zijn huisarts kan gaan. Handig is dat de HAP ook kan bepalen welke ingevoerde klachten terechtkomen bij welke zorgverlener. De HAP vinkt bijvoorbeeld ‘wonden’ en

‘insectenbeten’ aan, waarna de vragen en problemen van al *die* patiënten belanden bij de persoon met de meeste kennis daarvan. Door vraag en aanbod direct aan elkaar te koppelen, worden onnodige stappen overgeslagen.”

is er ook vaak sprake van U3 en U4. De HAP in deze pilot gaat na triage in principe niet meer aan de slag met U4 en alleen met U3 als het hoogst noodzakelijk wordt geacht. Verlaagt deze stap de werkdruk tijdens de nachtdiensten?

“Door vraag en aanbod aan elkaar te koppelen, worden onnodige stappen overgeslagen”

De derde pilot moet voorkomen dat de HAP 's nachts wordt bezocht door patiënten die er niet op hun plek zijn, omdat de behandeling van hun klacht kan wachten tot de volgende dag. Van der Noordaa: “Een HAP hoeft in de nacht alleen de hoogst urgente hulpvragen (U1 en U2) te zien. Maar in de praktijk

En wat is het effect hiervan op de dagdiensten en de dagpraktijk? Dat willen we te weten komen.” <<

Meer informatie over de pilots:

jeroen@liaisonz.org

Meer informatie over werkdruk

in de acute zorg voor HAP's:

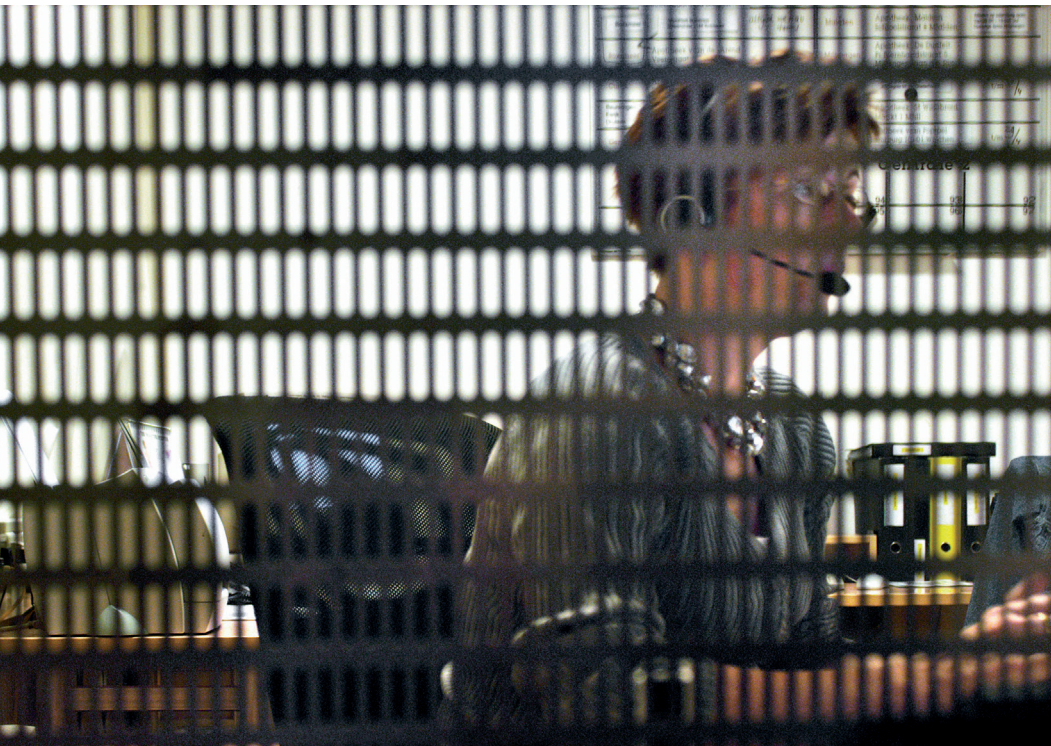
Astrid Scholl (programmanager acute zorg

InEen): a.scholl@ineen.nl

Tekst: Gerben Stolk

Foto's: Sijmen Hendriks, Flip Franssen/

Hollandse Hoogte



Twee pilots hebben betrekking op de triage: Bij de ene wordt een chatbot ingezet voor zelftriage, bij de andere gaat de HAP niet meer aan de slag met U4 en alleen bij uitzondering met U3.